

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

N°

THÈSE

400

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

CAO-TAN dit CAO-SI-TAN

né le 7 juin 1893 à Cholonville (Cochinchine)

*Médecin Auxiliaire de l'Assistance Médicale
de l'Indochine*

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris.

Valeur de l'évidement
péto-mastoïdien total

Ses résultats opératoires,
plastiques et fonctionnels

Président de Thèse : M. Pierre SEBILEAU

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

CAO-TAN dit CAO-SI-TAN

né le 7 juin 1893 à Cholonville (Cochinchine)

*Médecin Auxiliaire de l'Assistance Médicale
de l'Indochine*

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris.

Valeur de l'évidement
péto-mastoïdien total

Ses résultats opératoires,
plastiques et fonctionnels

Président de Thèse : M. Pierre SEBILEAU

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 49

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale.....	NICOLAS.
Physiologie	CUNEO.
Physique médicale.....	ROGER.
Chimie organique et chimie générale.....	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	LEMIERRE.
Pathologie	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale.....	Marcel LABBE.
Anatomie pathologique.....	SICARD.
Histologie	DECENE.
Pharmacologie et matière médicale.....	ROUSSY.
Thérapeutique	PRENANT.
Hygiène	TIFFENEAU.
Médecine légale.....	CARNOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	Léon BERNARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	BALTHAZARD.
	MENETRIER.
	RATHERY.
	GILBERT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARTAN.
	NOBECOURT.
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale.....	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	LEGUILL.
Clinique urologique.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	A.-L. FAURE.
	OMHREBANNE.
	VAGUEZ.
	SEBILEAU.
	DUVAL.
	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIERE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale.....	MM.
Pathologie chirurgicale.....	ABRAMI.
Pathologie médicale.....	ALGLAVE.
Pathologie chirurgicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BASSET.
Physiologie	BAUDOUIN.
Chimie biologique.....	BINET.
Histologie	BLANCHETIERE.
Pathologie médicale.....	BRANCA.
Pathologie chirurgicale.....	BRULE.
Histologie	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CHAMPY.
Pathologie médicale.....	CHIRAY.
Hygiène	CLEEC.
Anatomie pathologique.....	DEBEE.
Médecine légale.....	L. de JONG.
Obstétrique	DUVOIR.
	ECALLE.

Pathologie médicale.....	FIESSINGER.
Pathologie médicale.....	FOIX.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique.....	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale.....	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LHERMITTE.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale.....	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale.....	RIBIERRE.
Physiologie	RICHTER Fils.
Pathologie médicale.....	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale.....	VILLARET.
Ophtalmologie.....	VELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Pathologie médicale.....	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.

IV. AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LOEPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mu- tilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.

Par déclaration en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Souvenir ému.

A MON PERE

Filialement.

A MA FEMME

A MON FRERE

A MA SŒUR

MEIS et AMICIS

THE HISTORY OF THE

REIGN OF

CHARLES THE FIRST

BY

A. M. M.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF

CHARLES THE FIRST

A MES MAITRES de l'Ecole de Médecine de Hanoi.

Qu'il me soit permis de leur adresser mes remerciements sincères et de leur témoigner ma vive reconnaissance et mon profond attachement.

A MES MAITRES
de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris.

En témoignage de ma grande admiration et de mon respectueux souvenir.

A M. LE PROFESSEUR E.-J. MOURE

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Commandeur de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction publique.

*Pour l'enseignement chirurgical qu'il m'a
donné avec tant de bienveillance.
Hommage de reconnaissance.*

A MES MAITRES
de la Faculté de Paris

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU
Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital LARIBOISIÈRE
Commandeur de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction publique

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter
la Présidence de ma thèse.*

*Hommage de ma reconnaissance et de mon
respectueux dévouement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GEORGES LIEBAULT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital-Ecole Heine-Fould

Croix de guerre.

A qui je dois pendant plus de deux ans d'accueil bienveillant dans son service, tant d'enseignements précieux. Il a inspiré et guidé ce travail. Qu'il trouve ici le témoignage de ma vive reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

INTRODUCTION

Notre travail se propose de montrer les avantages de l'évidement pétro-mastoïdien total : nous commencerons par un historique rapide qui nous permettra d'envisager la question dans l'ensemble. Nous examinerons ensuite la technique d'opération et de traitement qui nous semble la meilleure. Nous pourrons ainsi tirer des conclusions au sujet des résultats fonctionnels et plastiques de ces procédés opératoires.

Le mot « otorrhée » est d'un emploi courant pour désigner ce que l'on appelle communément « écoulement d'oreille », terme imprécis mais commode. Les auristes s'accordent pour réserver cette désignation « aux écoulements chroniques muqueux ou purulents, provenant particulièrement de l'oreille moyenne ».

L'otorrhée n'est pas la sécrétion morbide du conduit auditif externe d'origine parasitaire, hémorragique, syphilitique ou diphtérique. Elle ne représente ni le léger suintement séreux, conséquence de la myringite à la fin d'une attaque aiguë d'otite moyenne catarrhale, ni l'exsudat de la myringite idiopathique. Elle est seulement le signe objectif le plus constant de l'otite moyenne purulente chronique.

Il faut de plus distinguer « l'otorrhée muqueuse » de « l'otorrhée purulente ». L'oreille moyenne est, en effet, une cavité osseuse que tapisse un revêtement muqueux

dont la couche profonde se confond avec le périoste et elle communique par la trompe avec le naso-pharynx. Elle participe donc à la pathologie des premières voies aériennes, dominée par le catarrhe. Si la muqueuse est irritée, si ses lésions sont légères, superficielles, un excès de mucus se produit : c'est l'otorrhée muqueuse. Si ses lésions sont graves et profondes, l'os s'infecte, d'où l'ostéite et la suppuration : l'otorrhée est purulente.

On distingue un écoulement de mucus venu de la trompe, du cavum, se créant une issue par une perforation ancienne du tympan et qui constitue la « fausse otorrhée » et l'écoulement de pus venu de l'os temporal ou des osselets de l'ouïe qui se nécrosent et qui constituent la vraie otorrhée. Si l'otorrhée tubaire est bénigne, elle réclame des soins médicaux ; l'otorrhée pétro-mastoïdienne est grave et relève de la chirurgie.

C'est ce traitement chirurgical que nous nous proposons d'étudier dans ce travail en envisageant l'évidement pétro-mastoïdien total et en particulier ses résultats fonctionnels et plastiques. Nos documents ont été puisés dans le service de notre Maître, le Docteur Liébault, à l'Hôpital de la Glacière, nous aurons surtout en vue sa technique opératoire. Nous examinerons également son mode de pansement, et particulièrement le pansement à l'ambrine que nous lui avons vu appliquer systématiquement depuis 4 ans dans tous les évidements pétro-mastoïdiens qu'il a pratiqués.

CHAPITRE I

DEFINITION ET HISTORIQUE

L'évidement pétro-mastoïdien total appelé encore « cure radicale » est une opération « qui consiste comme « son nom l'indique, à évider l'oreille moyenne et la « mastoïde », c'est-à-dire à débarrasser ces cavités mastoïdes de tout ce qu'elles contiennent et à établir entre « elles une large communication qui les réunisse en une « seule ». (Moure et Liébault.) Cette loge à parois lisses s'ouvre soit directement au méat auditif ou en arrière du pavillon. Actuellement, le procédé le plus en faveur consiste à la faire ouvrir au niveau du méat auditif. On a ainsi la possibilité d'inspecter, de nettoyer, de drainer la cavité et surtout de suivre l'épidermisation dans ses différents stades.

Cette opération représente le traitement ultime des otites moyennes suppurées chroniques, celui que l'on emploie sans tarder lorsque des complications méningées, cérébrales ou cérébelleuses forcent la main ou, au contraire, en l'absence de complications, lorsque tous les autres traitements plus ou moins conservateurs ont été entrepris sans résultats et que, de guerre lasse, on veut en finir avec un écoulement interminable.

Autrefois, la suppuration dans l'oreille était considérée comme une voie de dérivation, une humeur bienfaisante de l'organisme. On allait même jusqu'à croire qu'elle tarissait d'elle-même à la puberté et à craindre qu'une fois supprimée, la suppuration n'ait de répercussion dans l'organisme.

Pendant longtemps, les injections de substances médicamenteuses, les douches d'air furent les seuls remèdes apportés à cette maladie.

C'est Riolan qui, en 1649, eut l'honneur de pratiquer la première opération dans un cas de catarrhe aigu de la caisse.

En 1750, J.-L. Petit et Morand l'appliquent pour une carie.

En 1776, Jasser ouvre l'apophyse mastoïde pour un abcès. Mais on fit ensuite abus de cette intervention. Aussi y eut-il des insuccès ou même des cas de mort, tel celui du médecin danois Berger. C'est alors que Diffenbach, Rangenbeck, Strohmeyer la déclarèrent inutile et même dangereuse et que Bonnafond, Wilde, Itard la **rejetèrent** systématiquement même dans les abcès mastoïdiens.

Elle fut reprise timidement en 1860 par Farget, de Strasbourg, Van Strölsch, Jacoby, Moos, Mayer, Bezold et surtout par Schwartz et Hartmann, qui en précisèrent les indications et la technique. De Strölsch proposa la trépanation dans le cas où l'apophyse mastoïde paraissait extérieurement normale et en dehors de tout signe de rétention (douleur, fièvre), quand le pus restait fétide malgré les lavages pratiqués par le conduit.

En 1879, Küster proposa l'ablation de la paroi posté-

rieure du conduit auditif externe et l'ouverture large de l'os pour en évacuer tout ce qui était malade et pour empêcher la formation de collection.

En 1884, Politzer apporta une observation très utile : « l'apophyse peut contenir du pus même lorsqu'elle paraît saine. »

En 1885, Schwartz de Halle, préconisait l'ouverture de la mastoïde pour en évacuer le pus et les cholestéatomes.

En 1888, Duplay essaya d'en préciser les indications et le manuel opératoire.

Dans la même année, à la suite d'une discussion célèbre qui a lieu le 18 décembre, à la Société médicale de Berlin, entre le chirurgien Bergmann et le médecin Hartmann, à propos du traitement chirurgical et médical de l'otorrhée, Küster attira l'attention sur un procédé d'ouverture de l'oreille moyenne que Stacke n'a fait que mettre en lumière et vulgariser.

En janvier 1889, Bergmann et Küster revinrent sur la question. Leurs communications passèrent à peu près inaperçues jusqu'au moment où Stacke présenta un travail ayant pour titre : « Indications concernant l'ablation du marteau et de l'enclume. »

En 1890, Stacke déclare : « Il vaut mieux ne pas réséquer le conduit osseux s'il n'y a pas de fistule. »

En avril 1890, Zaufal propose une ouverture de l'antre proportionnelle au travail destructeur de l'ostéite, au besoin l'extension de l'ouverture à paroi postérieure du conduit et à la paroi externe de la cavité tympanique.

En août 1890, au Congrès de Berlin, Stacke eut le

mérite d'indiquer le mode d'intervention par incision du conduit auditif externe et par ouverture de la membrane du tympan, de l'attique, de l'aditus et de l'antre si c'est nécessaire; il lui semblait inutile d'ouvrir l'antre si la mastoïde paraissait saine lors de l'opération.

L'année suivante, s'étant rendu compte de la participation presque constante de l'antre dans les affections de l'attique, il déclare au Congrès de Halle, que l'on doit ouvrir les deux cavités en commençant par l'attique.

Avec lui, Grünert et Panse pensaient qu'il fallait pratiquer simultanément l'atticotomie et l'antrotomie. Peu à peu, la technique se précisa et, parmi les promoteurs français de la méthode, nous devons citer Moure, Luc, Lubet-Barbon.

CHAPITRE II

INDICATIONS

Au Congrès d'Otologie de Londres de 1899, Stacke a tâché d'ériger un principe général préconisant la cure radicale, l'indiquant dans les cas de suppuration chronique incurable de l'attique, de l'antre mastoïdien et de l'aditus, suppuration dépendant du cholestéatome, de la nécrose, de la carie osseuse, de l'inflammation granuleuse des os, au lieu de la lésion des parois osseuses à divers degrés.

D'une façon générale, nous pouvons dire avec Moure et Liébault que l'évidement pétro-mastoïdien total s'applique à toute otite moyenne suppurée chronique, même bien compensée, mais rebelle au traitement médical. Mais, dans ces différents cas, il faut distinguer ceux où, d'urgence, les indications sont formelles et absolues.

1° Les otorrhées réchauffées qui donnent naissance à des complications telles que phlébite du sinus, ou paralysie du facial, nécessitent l'évidement. L'intervention est nécessaire aussi lorsque l'écoulement purulent fétide persiste malgré les traitements les mieux conduits, y compris l'ablation des osselets. Une oreille moyenne, malade depuis plusieurs années, présentant

des lésions d'ostéites de la partie supérieure de la cavité de l'oreille moyenne ou un état fongueux de la caisse, doit incontestablement être évidée.

2° Il en est de même des otorrhées à écoulement non fétide peu abondant mais constitué par du liquide filant non purulent contre lesquelles tout traitement médical, quel qu'il soit, échoue d'une façon complète et désespérante. La nature osseuse de la suppuration, l'existence de douleurs spontanées irradiées à l'hémicrâne, constituent autant d'indication opératoire.

3° La présence ou d'une parésie faciale ou plutôt des poussées de parésie faciale temporaires coïncidant avec une suppression ou une recrudescence passagère de la suppuration, nécessite l'intervention.

4° L'existence d'un séquestre ou d'un cholestéatome dans la région attique ou dans l'apophyse mastoïde, exige l'évidement. Cependant, tout cholestéatome n'appelle pas l'évidement. On doit distinguer trois cas :

a) Le cholestéatome a effectué un évidement spontanément, il suffit de nettoyer sa loge deux à trois fois par an pour prévenir toute récurrence. Inutile de compléter cet évidement : la surveillance de la cavité post-opératoire demanderait les mêmes soins.

b) Le cholestéatome a détruit le mur de la logette et la paroi externe de l'aditus ; il tend à se faire jour à l'extérieur. On l'y aidera par des lavages de l'aditus et de l'attique, par des bains de glycérine, de borate ou d'eau oxygénée. Le traitement conservateur est d'abord indiqué, mais si la boule épidermique se reproduit rapidement et si l'otorrhée persiste, alors la cure radicale s'imposera.

c) Le cholestéatome a respecté les barrières extérieures, les cavités temporales, la boule épidermique révèle son existence. On ignore quelle est son extension. Peut-être se développe-t-elle vers l'endocrâne.

En pareil cas, l'évidement est nécessaire comme moyen préventif de complication.

5° Si chez un individu jeune et porteur d'otorrhée, la perception crânienne est abolie ou fortement diminuée, l'audition aérienne très mauvaise et le rinne peu négatif ou même positif, en un mot, si on constate des réactions fonctionnelles labyrinthiques dans l'ensemble, il y a là une indication très nette; les lésions gagnent l'oreille interne, il ne faut pas temporiser; on doit intervenir radicalement quand les douleurs persistantes dans l'oreille ou dans l'apophyse mastoïde et principalement dans la région occipitale ou pariétale augmentent pendant la percussion, ou quand l'étourdissement est continu ou intermittent, par suite d'érosion du canal semi-circulaire horizontal, l'évidement est indiqué.

Mais il est indiqué aussi chez les individus porteurs d'otorrhée datant de l'enfance, présentant un suintement léger plutôt qu'un écoulement et qu'aucun traitement médical n'a pu améliorer, mais sans douleurs pressives, sans vertiges, sans menaces aucune de complication. Il faut redouter dans ces cas les complications méningées, encéphaliques.

A côté de ces cas urgents, il en existe un très grand nombre d'autres dans lesquels les indications ne paraissent pas aussi formelles mais cependant sont suffisamment nettes, à notre avis, pour nécessiter un évidement.

Il est un cas de suppuration chronique de l'oreille où

certain auteurs préfèrent à l'évidement total, l'opération de Sourdille, ou évidement partiel, c'est lorsqu'une perforation bien localisée à la membrane de Schrapnell laisse supposer que les lésions sont très limitées à la région attico-antrale, en même temps que l'audition est restée relativement bonne. C'est parce que avec l'évidement total on redoute le voisinage des méninges qui peuvent s'infecter, du sinus latéral que l'on peut ouvrir, du facial que l'on peut léser. On craint aussi les pansements opératoires longs et douloureux, la cicatrice ou la surdité qui peuvent résulter de cette intervention. C'est ce qui explique la préférence donnée par certains à l'évidement partiel dans le cas de lésions qui semblent limitées à la région attico-antrale qu'indique une perforation localisée à la membrane de Schrapnell. Mais, en pratique, il est rare qu'une lésion soit ainsi limitée à l'attique externe et au mur de la logette sans que l'attique interne, les osselets et la caisse soient atteints.

Il semble que l'évidement partiel ne puisse nettoyer la lésion. Il n'est, d'ailleurs, pas moins dangereux que l'évidement total, car s'il n'ouvre pas toutes les cavités de l'oreille moyenne, il ouvre précisément celles qui avoisinent les méninges et les met presque toujours à nu. Les dangers d'infection générale et de suppuration secondaire sont donc les mêmes.

Quant au facial, sa blessure est aussi facile dans l'évidement partiel que dans l'évidement total. On travaille dans une région exiguë à limites mal fixées, ce qui ne facilite pas l'intervention.

Les pansements sont délicats puisqu'il faut avoir

recours aux mèches, aux poudres ; puisqu'il faut surveiller et réprimer le bourgeonnement.

Quant aux séquelles, elles sont tout autant à craindre dans l'évidement partiel que dans l'évidement total.

La cicatrice est la même, peu apparente d'ailleurs depuis que l'on pratique la suture primitive rétro-auriculaire.

La surdité est à craindre puisque même si l'intervention permet l'assèchement de la région attico-antrale elle entraîne la formation de tissu cicatriciel englobant les osselets ou leur appareil ligamenteux, amenant par des brides inextensibles la rétraction du tympan, produisant une véritable otite cicatricielle adhésive qui compromet au plus haut point la valeur auditive de l'oreille.

En résumé, par cette technique même l'évidement pétro-mastoïdien partiel semble plutôt une demi-mesure ne donnant pas la certitude du succès, comportant des risques opératoires aussi bien que des suites longues et des séquelles sérieuses et ne semblant pas devoir être mis en parallèle avec l'évidement total même dans les cas de suppuration localisée à la région de Schrapnell.

CHAPITRE III

TECHNIQUE OPERATOIRE

Les procédés opératoires sont différents, mais ils donnent un résultat à peu près identique et le temps nécessaire pour aboutir à la réparation est plus ou moins long.

Dans les cas typiques, l'évidement pétro-mastoïdien total comprend 6 temps principaux :

1° Incision des téguments et décollement du conduit membraneux ;

2° Ouverture de l'antre, recherche du canal tympano-mastoïdien ;

3° Suppression du pont du mur de la logette, ouverture de l'aditus et de l'attique ;

4° Ablation des osselets, curettage de la caisse, nettoyage et régularisation de la cavité d'évidement ;

5° Pansement de la cavité ;

6° Autoplastie des parties molles, fermeture rétro-auriculaire.

Il est, en effet, admis maintenant que, dans un évidement pétro-mastoïdien pour otorrhée à froid, la plaie rétro-auriculaire doit être complètement fermée et les pansements effectués par le conduit. Cette fermeture

immédiate a été pratiquée et recommandée par M. le Professeur Moure, depuis l'année 1894, à condition d'agrandir le méat aux dépens de la conque pour faire convenablement les pansements et voir clair dans la cavité.

La plastique du méat et du conduit a également subi de nombreuses transformations. Pour terminer l'opération, le Dr Liébault, suivant la technique du Professeur Moure, taille des lambeaux dans le conduit cartilagineux. Le plus souvent, il suffit de faire une simple fente du conduit et d'en fixer les bords aux lèvres de la plaie.

Quand la cavité mastoïdienne est grande ou si le conduit est épaissi, avec une lumière rétrécie, il y aura grand avantage à supprimer le conduit cartilagineux en totalité.

Enfin, il se trouve des cas où il sera prudent de tailler aux dépens du conduit de la conque un lambeau en T couché (└) plus ou moins grand avec résection des angles destiné à élargir le méat et à faciliter la surveillance de la cavité. Cette technique a deux grands avantages :

1° La suture immédiate de la plaie rétro-auriculaire amène une guérison plus rapide que les autres procédés ;

2° Le large canal qu'elle donne permet à n'importe quel médecin non spécialiste de surveiller et de soigner l'oreille sans instrumentation spéciale.

CHAPITRE IV

PANSEMENTS

A la suite de l'opération, il reste à accomplir une tâche délicate, capitale au point de vue de la guérison de l'évidé, c'est celle de traitement post-opératoire. Si l'opération est relativement facile, il n'en est pas de même du traitement consécutif. Stacke dit que : « Le traitement post-opératoire est le chapitre le plus difficile de l'opération radicale. » Il faut une pratique et une expérience de longues années pour exécuter convenablement le traitement post-opératoire.

D'après Stacke, le but poursuivi dans le pansement de l'évidé, c'est « l'épidermisation complète de la cavité artificielle creusée dans le rocher en conservant la forme de cette cavité ».

Il faut éviter le comblement de la cavité opératoire et assurer son épidermisation, sinon cette cavité étant comblée par du tissu fibreux cicatriciel, l'audition serait fortement diminuée par suppression de l'accès sur le labyrinthe des ondes sonores et au point de vue curatif le succès ne serait pas constant. Il se pourrait que des réinfections se produisent plus tard au voisinage de la trompe, la guérison ne serait qu'apparente.

Pour obtenir une cure radicale, il faut d'après Lermoyez : -

« 1° Que la cavité opératoire soit tapissée d'un épiderme sec et solide ;

« 2° Que la cavité épidermée soit de même grandeur et de même forme que la cavité post-opératoire. »

Ces résultats ont été obtenus suivant diverses méthodes : le tamponnement, l'insufflation de poudre, l'ambrine.

I. — Tout d'abord, on a pratiqué le tamponnement à la gaze permettant le maintien du calibre du conduit qui restait ainsi béant. Mais il avait de graves inconvénients. Il irritait les tissus quand le bourgeonnement commençait contrariant l'épidermisation et de plus les pansements étaient longs et douloureux.

II. — Au tamponnement a succédé l'insufflation à l'acide borique suivant les principes de Eemann. Ces pansements permettent bien une cicatrisation assez rapide, mais il faut craindre que l'audition ne soit compromise parce que le tissu fibreux cicatriciel vient combler la caisse. C'est aussi comme le tamponnement un pansement très douloureux.

Pour remédier aux inconvénients des deux méthodes précédentes, on a employé la méthode mixte. Pendant la période de bourgeonnement, on a pratiqué le tamponnement, cela pendant douze à quinze jours, puis tous les deux jours et ensuite tous les jours. Lorsque le tapis épidermique est étendu à toute la cavité, on fait les

insufflations d'acide borique qui alors n'est plus douloureux et ne peut combler la cavité puisqu'il ne se dissout plus une fois l'épidermisation commencée.

On a essayé quelquefois les greffes mais outre les difficultés qu'elles présentent, elles n'ont souvent aucun résultat.

L'Ecole de Bordeaux : M. le Professeur Moure et après lui, M. le Docteur Liébault ont d'abord pansé les évidés à la mèche iodoformée ou vioformée introduite par le conduit auditif au moment de l'opération. Cette mèche reste à demeure pendant huit à dix jours, tant que les surfaces osseuses ne sont pas recouvertes d'une couche régulière de bourgeons charnus. On recouvre la région d'un pansement externe que l'on renouvelle fréquemment. Aux pansements suivants, tous les deux jours, on retire chaque fois une petite longueur de gaze de la conque pour la remplacer par une nouvelle mèche, ce n'est qu'au bout de plusieurs pansements qu'on arrive à retirer toute la longueur de la mèche primitive.

Ce n'est que secondairement, quand l'épidermisation est faite, que l'on fait les insufflations d'acide borique en calibrant le conduit.

III. — Le pansement à l'ambrine est tout différent. Le promoteur en France fut le Dr Daure (de Béziers), et c'est à la suite des communications de cet auteur que le Dr Liébault a expérimenté cette nouvelle méthode, en a précisé la technique et l'a vulgarisée. Elle est basée sur le principe que : « Le mélange paraffiné constitué par l'ambrine favorise la cicatrisation et surtout l'épidermisation des plaies sans adhérer à leur sur-

« face et en respectant de ce fait le moindre processus de réparation. »

Daure et Liébault ont donné dans des travaux différents le détail de cette technique : nous allons la résumer ici. Il faut d'abord stériliser la cavité pour orienter l'épidermisation en conservant la forme opératoire.

a) Pour cela, au lieu de couler directement l'ambrine dans la cavité à la fin de l'opération, on peut désinfecter d'abord cette cavité avec des irrigations de Dakin (Daure) ou avec des mèches vioformées (Liébault) et ce n'est qu'ensuite que secondairement l'ambrine est employée. C'est cette façon de procéder que nous préconisons.

En effet, l'emploi immédiat de l'ambrine après l'opération ne désinfecte pas suffisamment la cavité opératoire surtout s'il s'agit d'otorrhées réchauffées ; de plus, l'ambrine ne fait pas l'hémostase s'il y a un saignement léger après l'opération. Enfin, comme elle occasionne en général, une exsudation abondante post-opératoire. Celle-ci peut masquer une suppuration persistante de la cavité. L'emploi du liquide de Dakin, s'il est un antiseptique parfait est quelquefois douloureux, provoque souvent du vertige par arrivée brusque du liquide sur le labyrinthe. En outre, il favorise fréquemment la désunion de la plaie rétro-auriculaire.

C'est pourquoi M. le Docteur Liébault préfère employer dans les premiers jours en pansement opératoire une mèche vioformée.

Suivant la technique du Professeur Moure on comble la cavité, caisse, canal antral, antre mastoïdien, conduit

avec une mèche vioformée sans la tasser. Deux jours après, on retire un peu de cette mèche remplaçant ce qui a été enlevé par une quantité égale de mèche propre ; le même pansement est répété ainsi tous les deux jours de sorte, qu'en trois ou quatre fois on arrivera à retirer la totalité de la première mèche, ce qui demande une semaine. Grâce au vioforme, ce séjour d'une semaine de la mèche opératoire dans la cavité d'évidement n'a aucun inconvénient : elle n'irrite pas, ne détermine pas de suintement et n'a aucune mauvaise odeur.

A ce moment, la cavité apparaît nette, propre, sans bourgeons charnus. On éponge légèrement la petite quantité de sang occasionnée par l'ablation de la mèche et on coule dans la cavité l'ambrine préalablement stérilisée à 120°. Le liquide paraffiné remplit toute la cavité et se solidifie partiellement sans adhérer aux parois. Deux jours après, le bloc qu'elle forme est retirée doucement. La cavité apparaît rose contenant un peu de suintement. Après étanchement de ce suintement, une nouvelle coulée d'ambrine remplace la précédente ; au troisième ou quatrième pansement fait de la sorte, on voit une mince pellicule rosée d'épiderme naissant tapisser la cavité.

Les pansements proprement dits sont terminés : il suffit de placer un simple tampon de coton au méat : nous verrons plus loin comment il faut continuer à surveiller l'opéré.

Par cette méthode du pansement paraffiné non adhérent, la marche de l'épidermisation de la cavité opéra-

toire est très régulière et très rapide puisque c'est environ quinze ou dix-huit jours après l'intervention que tout pansement est terminé sans souffrance avec le meilleur résultat.

En somme, les avantages de cette méthode se résument en un traitement post-opératoire simple, indolore, désodorisant permettant une épidermisation rapide, et donnant des résultats le plus souvent parfaits tant au point de vue vital que fonctionnel.

CHAPITRE V

RESULTATS DE L'EVIDEMENT

Ce qui importe dans l'évidement comme dans toute opération, ce n'est pas tant sa technique qu'avec un peu d'habitude on arrive à rendre satisfaisante ; ce sont surtout ses résultats opératoires, plastiques et fonctionnels.

I. RESULTATS OPERATOIRES

Une des raisons principales qui font déconseiller l'évidement même par des otologistes ayant une grande habitude de cette opération, ce sont la lenteur de la cicatrisation, la durée des pansements, la fréquence du bourgeonnement, la persistance de la suppuration.

Ainsi que nous le disions en examinant les différents procédés de pansements, tous ces reproches ont été jusqu'à ces derniers temps, très souvent justifiés.

Tant qu'en effet, on a pansé les évidés par des mèches simples, ou désinfectantes, par des insufflations d'acide borique, etc., on a eu très souvent des ennuis de toutes sortes. L'emploi de la mèche au vioforme jusqu'à l'amorcement assez avancé de l'épidermisation puis la cautérisation de la cavité à l'acide chronique tels que le préconise M. le Professeur Moure, nous paraît dans ce genre avoir donné les meilleurs résultats et il est certain que, par ce procédé appliqué avec méthode et un peu

de doigté pour juger du moment où l'acide chronique doit être employé, on peut à peu près certainement mener à bien un évidement : toutefois, c'est un travail de patience, nécessitant l'emploi fréquent du chlorure de zinc à 1/10^e, occasionnant souvent des douleurs au malade et obligeant dans tous les cas celui-ci à des pansements fréquents et prolongés.

L'ambrine telle que nous en avons indiqué l'emploi nous paraît avoir changé complètement ce résultat :

1° Les pansements ne sont plus pénibles, l'indolence de la cavité opératoire étant un des résultats les plus frappants de l'application de l'ambrine. Le malade ne souffre pas et même l'étanchement de la sérosité qui toujours se manifeste entre le bloc paraffiné et l'épiderme naissant, ne réveille aucune douleur ;

2° La cavité ne bourgeonne pas d'une façon diffuse et l'emploi du chlorure de zinc pour réfréner le bourgeonnement n'est plus qu'exceptionnellement indiqué, encore ne l'est-il que très discrètement : parfois, en effet, un point limité de la cavité tarde à s'épidermiser : un attouchement léger de ce point en évitant de diffuser le liquide caustique sur les parties voisines arrête rapidement la prolifération bourgeonnante. L'acide chromique est complètement inutile ;

3° Les pansements sont très raccourcis, puisque en quinze ou dix-huit jours, ils sont supprimés.

Cela veut-il dire que l'opéré soit complètement guéri et qu'une telle oreille soit définitivement cicatrisée ? Non, et voici dans la pratique comment l'évolution opératoire nous a paru se passer (Liébault) :

a) Certains opérés épidermisent très vite leur cavité; après la suppression de l'ambrine (15 à 18 jours), l'ensemble est net, recouvert d'une pellicule blanc rosée; pendant quelques jours, un léger suintement se produit obligeant l'opéré à changer lui-même le coton placé à l'entrée du méat, et nécessitant tous les deux ou trois jours un assèchement léger et très doux avec petit porte-coton monté, sans traumatiser la néoformation épidermique et sans faire saigner. En huit à dix jours, la cavité est nette : le malade peut-être considéré comme guéri.

En le revoyant quinze jours ou trois semaines après, la cicatrisation est complète.

b) Chez d'autres, l'épidermisation du fond de la cavité, c'est-à-dire de la caisse, l'attique et l'antre se produit aussi rapidement, mais le massif facial, la cavité mastoïdienne, le pourtour postérieur de l'orifice méatique bourgeonnent légèrement.

Une surveillance un peu plus longue est nécessaire : le malade a repris ses occupations, il n'a plus de pansement externe, mais deux fois par semaine, on surveille sa cavité, on touche légèrement au chlorure de zinc les parties non encore épidermisée. En trois semaines environ la cicatrisation se produit.

c) Certaines cavités sont moins satisfaisantes : après un long début d'épidermisation, un suintement assez important persiste et du bourgeonnement localisé apparaît en deux points particulièrement fréquents dans ce cas : le versant antérieur du massif facial et le bas-fond de la caisse. Ces cas peuvent être taxés de récidives, car ils sont parfois décourageants. Il est probable

que cette persistance de suppuration tient à une persistance d'une petite zone d'ostéite, insuffisamment curettée pendant l'opération. Nous avons dit ailleurs la nécessité de faire un curettage soigné ; ces deux points sont les plus délicats ; l'un étant au voisinage de la région la plus vulnérable du facial, l'autre étant peu contrôlable à la vue, le fond de caisse se trouvant pendant l'intervention encombré de débris et de sang. Le mieux dans ce cas est de ne pas s'obstiner et de laisser le malade à lui-même en le surveillant seulement de temps en temps : souvent tout s'améliore spontanément soit que le point reste dénudé se cicatrise de lui-même, soit que le bourgeonnement se localise tellement que l'on en vienne peu à peu à bout. Néanmoins, il faut reconnaître que dans quelques cas une suppuration persistante continue. On peut alors parler d'échec.

d) Enfin, il peut exister des cas où la cavité semblant s'épidermiser normalement, ce travail s'arrête : il n'y a pas de bourgeonnement à proprement parler, la cavité opératoire reste très large, mais sa surface au niveau de la caisse reste humide, légèrement suintante, et, malgré tous les traitements, cet état persiste.

Nous en avons observé quelques cas avec M. le Docteur Liébault et nous pensons qu'il n'y a pas une récurrence, car l'écoulement n'est pas le même qu'avant l'opération et l'absence de bourgeonnement prouve qu'aucune zone d'ostéite n'a persisté, il y a plutôt irritation de voisinage par une trompe d'Eustache restée perméable et probablement encore malade. Dans ce cas, c'est elle qui envoie dans la caisse le liquide suintant, et c'est ce liquide qui empêche l'épiderme de se produire

et de se consolider. Ce qui nous confirme dans cette idée (Liébault), c'est la fréquence relative de certains suintements passagers, d'une cavité d'évidement ; à l'occasion d'un rhume, un évidé se plaint que son oreille coule à nouveau et parfois abondamment. Lorsque le coryza cesse, l'écoulement diminue ; s'il ne se tarit pas spontanément quelques pansements discrets en deviennent maîtres : le malade s'est mouché dans sa cavité d'évidement et il l'a momentanément infectée.

On ne peut donc pas parler de récidives : car malgré ce suintement, même si celui-ci persiste, le malade n'a plus le même risque : aucune propagation profonde n'est à craindre, c'est un suintement en surface d'un organe amoindri par une opération, donc plus fragile de ce fait.

En somme, les résultats opératoires de l'évidement pétro-mastoïdien pansé à l'ambrine par la méthode du Dr Liébault nous apparaissent avec lui de la façon suivante :

En quinze à dix-huit jours, de pansements non douloureux et faciles, l'opéré reprend ses occupations : à ce stade *il est très exceptionnellement guéri complètement*. Normalement, il a besoin de *surveillance active pendant deux ou trois semaines* : mais cette surveillance est facile, cet examen étant fait deux ou trois fois par semaine sans pansement douloureux ni compliqué. *Ensuite surveillance* relâchée pour contrôler si un léger point de la cavité n'a plus tendance à proliférer et le cas échéant, cautérisation superficielle de ce point.

Il ne faut pas oublier que l'évidement pétro-mastoïdien est une opération chirurgicale importante, qui

porte sur une grande portion d'un organe. Quelle est en chirurgie générale l'opération d'importance similaire qui ne nécessite pas une surveillance attentive durant les semaines qui suivent ? En chirurgie abdominale par exemple, ne revoit-on pas de temps en temps une malade opérée d'hystérectomie ? Cette malade n'a-t-elle pas des soins à prendre, des précautions à observer et n'est-elle pas prévenue des troubles locaux susceptibles de se présenter malgré une guérison opératoire certaine. En chirurgie des membres, une résection osseuse, une opération articulaire ne laissent-elles pas derrière elle un déficit de l'organe ?

Et cependant ces opérations sont satisfaisantes ; on les considère comme capables de guérir, elles ne jouissent pas d'une mauvaise réputation pas plus chez les malades que chez les médecins. L'évidement pétro-mastoïdien a droit aux mêmes égards : l'organe opéré est incontestablement le même là comme ailleurs, mais ces réserves étant faites, il donne dans l'ensemble d'aussi bons résultats opératoires.

II. RESULTATS PLASTIQUES

Les résultats plastiques dépendent de la façon dont on a conduit l'opération.

Si l'on a laissé l'ouverture mastoïdienne définitivement béante, la persistance de cette cavité est disgracieuse et on comprend qu'on puisse accepter difficilement une telle infirmité, c'est pourquoi les partisans de ce mode opératoire ont tenté des procédés d'autoplastie secondaire pour masquer cette dépression.

Mais si comme nous l'avons indiqué, on effectue la fermeture immédiate dans le sillon rétro-auriculaire, ce résultat est parfait au point de vue esthétique puisqu'il ne persiste qu'une simple cicatrice linéaire disparaissant presque complètement quelques semaines après l'opération. Il suffit pour obtenir ce résultat d'avoir fait l'incision des téguments très exactement en suivant le sillon, et de pratiquer la suture avec soin en affrontant minutieusement les deux lèvres de la peau.

Quant à l'orifice méatique, son aspect n'est pas non plus disgracieux, si on a pris la précaution de ne faire qu'une résection discrète de la conque.

Sans doute, la surveillance de la cavité est un peu plus délicate ; et l'ablation de l'ambrine demande plus de patience et de douceur. Ce sont des inconvénients minimes en comparaison de l'avantage esthétique considérable qui en résulte extérieurement.

III. RESULTATS FONCTIONNELS

Beaucoup d'auteurs considèrent que l'évidement pétro-mastoïdien est peu recommandable parce que les résultats fonctionnels qu'il donne sont médiocres. C'est là, à notre avis, une appréciation erronée.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Liébault, si l'on s'en tient à l'évaluation absolue de l'audition, et si on l'apprécie par rapport à une oreille normale, il n'est pas douteux qu'une oreille évidée entende mal, le déficit acoustique est considérable. Mais l'on ne doit jamais oublier que *l'évidement se fait sur une oreille déjà déficiente*, que souvent même l'individu que l'on opère a

cessé de se servir de cette oreille la considérant comme inutile. C'est donc d'une audition déjà déficiente qu'il faut partir pour évaluer le résultat fonctionnel de l'évidement.

Dans ces conditions, les résultats apparaissent satisfaisants : l'opération supprimant le suintement, le bourgeonnement, l'infiltration qui formaient un matelas plus ou moins épais s'interposant entre les ondes sonores et la paroi labyrinthique.

Au contraire, après l'opération, cette paroi se trouve dans de meilleures conditions pour accueillir les sons, et de fait, lorsqu'on interroge un évidé, parfois il commence à dire qu'il n'entend rien (il est, en effet, habitué à ne pas se servir de cette oreille). Mais si son attention étant attirée vers elle, il cherche à se rendre compte de son audibilité, il est agréablement surpris d'entendre certains sons : presque tous les évidés utilisent encore leur oreille après l'opération.

D'autres reconnaissent spontanément une amélioration notable. La meilleure preuve que l'audition n'est pas abolie après un évidement, c'est le résultat qu'on obtient après une opération bilatérale : un évidé double entend encore parfois même très bien : puisque des deux côtés l'oreille moyenne a été supprimée, on ne peut donc invoquer la suppléance de l'une par l'autre.

Un détail qui nous semble avoir quelque intérêt pour la conservation d'une audition convenable est la petitesse de la résection de la conque (Liébault). Chez tous nos opérés, suivant en cela la technique de M. le Professeur Moure, nous laissons en place la plus grande

partie de cette portion du pavillon : nous nous demandons dès lors, si, en mettant à part le côté esthétique, nous ne contribuons pas à permettre à l'opéré une meilleure audition : on s'accorde à reconnaître actuellement une réelle utilité du pavillon non seulement pour la direction, mais encore pour le renforcement des sons. Au lieu d'avoir, par une large résection de la conque, une cavité d'évidement en quelque sorte encore à plat au dehors de l'oreille, si on maintient la sorte de cornet que le pavillon fait normalement, on peut admettre qu'on permet ainsi l'audition ultérieure en respectant un organe qui a son utilité et en faisant de la cavité d'évidement une sorte de caisse, sinon de résonnance, tout au moins de concentration des sons. C'est là une pure hypothèse, mais elle nous semble soutenable (Liébault).

Quoiqu'il en soit, un point important pour le pronostic fonctionnel, c'est qu'on ne peut jamais, avant l'opération, garantir une amélioration de l'audition : on ignore l'état dans lequel se trouve la paroi labyrinthique et on s'exposerait à des mécomptes en promettant une audition meilleure : le plus souvent, le mieux existe mais sans qu'on puisse en avoir auparavant la certitude.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier qu'un évidé a sur un otorrhéique un avantage considérable pour améliorer son audition : c'est la possibilité de se servir d'un tympan artificiel. Nous ne traiterons pas ici cette question en détail ; disons seulement avec M. le Professeur Moure et M. le Docteur Liébault que le plus simple est

le meilleur : un petit tampon d'ouate imbibé de glycérine introduit dans la cavité d'évidement rend les plus grands services, et on est parfois surpris de l'amélioration considérable qu'il procure. Nous connaissons certains évidés doubles qui ont pu continuer leur profession habituelle grâce à ce tympan artificiel au point que leur audition ne paraît pas déficiente pour les personnes qui les entourent.

Un point particulièrement important est la question de l'audition après l'évidement chez l'enfant.

Nous avons vu, en étudiant les pansements à l'ambrine, que son emploi avait permis à M. Liébault de pratiquer la cure radicale aussi facilement dans le jeune âge que chez l'adulte.

Les résultats fonctionnels marchent-ils de pair avec les résultats opératoires?

Ces derniers paraissent de prime abord moins bons que chez l'adulte par suite d'une tendance initiale au comblement en masse ; puis peu à peu le tissu oblitérant se tasse et en quelques mois la cavité apparaît nette et satisfaisante.

L'audition marche de pair avec la cicatrisation. Si au début, l'enfant semble ne pas entendre de son oreille évidée, cela tient, d'une part, à ce qu'un matelas épais gêne l'accès des sons, et, d'autre part, à ce qu'il ne fait pas travailler son oreille malade.

Mais peu à peu, ainsi que l'a fait remarquer M. Liébault à une récente réunion des otologistes des hôpitaux de Paris, le résultat fonctionnel s'améliore, et pour peu qu'on s'attache à faire travailler l'oreille évidée, on

s'aperçoit que son fonctionnement est identique à celle d'un adulte.

En revoyant des enfants opérés il y a deux ou trois ans, nous avons constaté que chez eux, comme chez l'adulte, le résultat fonctionnel n'était pas mauvais. C'est là une raison de plus pour préconiser, même chez l'enfant, l'évidement pétro-mastoïdien comme moyen de guérison d'une otorrhée chronique.

OBSERVATIONS INEDITES
DU SERVICE DE M. LE D^r LIEBAULT

oto-rhino-laryngologiste
de l'Hôpital-Ecole Heine-Fould

GROUPE I. — ADULTES

Obs. I. — R... Georges, âgé de 25 ans.

Diagnostic : otorrhée moyenne suppurée chronique
droite.

Opéré le 12 mai 1925.

Lésions : apophyse mastoïde éburnée. Plus d'osselets.

Pansements à la mèche au vioforme puis à l'ambrine.

Ultérieurement suintement léger. Attouchement au
chlorure de zinc.

Résultats excellents.

Formule d'audition : Entend à 2 mètres la voix chu-
chotée des deux oreilles.

OD opérée OG

A la montre : 0 m. 25 1 mètre

A la perception crânienne : 12345 12345

Rinne : — —

Weber : égal des deux côtés.

Pas de déformation de l'oreille droite.

*
**

Obs. II. — D... Charles, âgé de 31 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée droite.

Opéré le 28 octobre 1924.

Lésions : rien de particulier, sauf dénudation légère des méninges.

Pansements à la mèche au vioforme puis à l'ambrine.

Résultats excellents : la cavité est nette sans rétrécissement. Aucune suppuration.

Le malade dit entendre très convenablement.

*
**

Obs. III. — Q... Yvonne, âgée de 20 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée droite.

Opérée le 14 octobre 1924.

Lésions : avant opération, écoulement abondant fétide depuis quatre ans. Perforation large ayant détruit les trois quarts du tympan droit avec bourgeonnement léger à la partie inférieure. Bourdonnements graves, sourds, très rares. Maux de tête dans la journée ou le soir après la fatigue. Démangeaison. Souvent après un suintement abondant elle entend mieux.

Opération : rien de particulier.

Résultats : un léger suintement muqueux intermittent inodore. Conque très large. Pas de déformation du pavillon.

Formule d'audition : Entend à plus de 1 mètre à droite la voix chuchotée.

OD opérée OG

Montre : 0 1 mètre

Perception crânienne : 12000 12345

Rinne : — +

Weber : latéralisé à gauche.

*
**

Obs. IV. — B... Suzanne, âgée de 20 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée droite.

Opérée en 1923.

Lésions : l'apophyse mastoïde est éburnée. Antre facilement trouvé rempli de fongosités. Communication classique de l'antre et de la caisse. Osselets présentant des lésions d'ostéite surtout le marteau. Curettage de la caisse. Fongosités. Le facial n'est pas à nu. Nettoyage de la cavité mastoïdienne et de l'antre, méninges dénudées avec un point d'ostéite séquestré à leur niveau.

Pansements : lavage au Dakin, puis pansements à Tambrine.

Résultats excellents.

*
**

Obs. V. — S... Jeanne, âgée de 30 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne suppurée droite.

Opérée le 28 novembre 1922.

Lésions : antre très profond et fougueux. Nettoyage, curettage. Osselets malades. Facial ne paraît pas découvert. Plastique habituelle.

Pansements : Dakin, puis ambrine.

Résultats excellents.

*
**

Obs. VI. — B... Germaine, âgée de 29 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche.

Opérée le 20 février 1923.

Lésions : cavité antrale remplie de pus et cholestéatome qui creuse vers la fosse temporale. Plus d'osselets.

Pansements : Dakin, puis ambrine.

Résultats excellents.

*
**

Obs. VII. — G... Elisabeth, âgée de 25 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche chez une malade déjà opérée antérieurement d'un évidement à droite.

Opérée le 2 novembre 1923.

Lésions : apophyse éburnée, enclume, demi détruite, tête du marteau atteinte d'ostéite demi détruite.

Pansements à l'ambrine.

Résultats excellents. L'audition est bonne, malgré l'évidement double.

*
**

Obs. VIII. — T.. Alice, âgée de 22 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche.

Opérée le 6 mai 1924.

Lésions : ablation des osselets, ostéite de la mastoïde.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats excellents.

*
**

Obs. IX. — V... Alcide, âgé de 28 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche chez un évidé droit datant de la guerre.

Opéré le 9 juin 1925.

Lésions : rien de particulier, sauf les sinus et méninges à nu.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats excellents. L'audition est bonne, malgré l'évidement double.

*
**

Obs. X. — B... Emilienne, âgée de 27 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée

Opérée le 17 janvier 1922.

Lésions : caisse remplie de fongosités et cholestéatome. Osselets enlevés.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats excellents.

GROUPE II. — ENFANTS

Obs. I. — V... Albertine, âgée de 11 ans 1/2.

Diagnostic : otorrhée moyenne chronique, suppurée gauche.

Opérée le 10 novembre 1925.

Lésions : rien de particulier.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine bien supportés.

Résultats : entend mieux qu'avant l'opération, même à la voix chuchotée. Elle a eu des vertiges peu de temps après l'opération, mais ils n'existent plus maintenant. Elle éprouve encore des bourdonnements intermittents sous forme de sifflements ou de jets d'eau qui coule, le soir. Tiraillement d'oreille. Pas de suintement. Pas de nystagmus.

Formule d'audition : entend à 0 m. 50 la voix chuchotée.

	OD	OG opérée
	—	—
Perception crânienne :	12345	12300
Montre :	0 m. 80	0 m. 05
Rinne :	+ 3 secondes	— 1 seconde
Weber :	latéralisé à gauche	

*
**

Obs. II. — B... Lucienne, âgée de 5 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche.

Opérée le 11 mars 1924.

Lésions : le marteau a perdu sa grande branche. Méninges découvertes.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : Entend mieux qu'avant l'opération même à la voix chuchotée. Pas de vertiges, mais bourdonnements sous forme d'eau qui coule. Pas de nystagmus. Oreille sèche. Pas de suintement. Suintement pendant la rougeole et pendant les rhumes.

Formule d'audition :

	OD	OG opérée
Perception crânienne :	12345	12345
Montre :	0 m. 10	0
Rinne :	—	—
Weber :	latéralisé à droite	

*
**

Obs. III — D... Andrée, âgée de 12 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche.

Opérée le 10 février 1925.

Lésions : osselets en partie détruits. Sinus à nu. Méninges à nu.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : entend mieux qu'avant l'opération même à la voix chuchotée. Pas de vertiges. Pas de bourdonnements. Pas de nystagmus.

Formule d'audition :

	OD	OG opérée
Montre :	1 mètre	0 m. 50
Perception crânienne :	12345	12345
Rinne :	+ 15 secondes	+ 5 secondes
Weber :	latéralisé à droite	

*
**

Obs. IV. — A. Robert, âgé de 15 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche.

Opéré le 12 février 1924.

Lésions : antre petit. Méninges à nu. Osselets malades. Attique fongueux. Sinus dénudé, mais pas malade.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : entend mieux qu'avant l'opération même à la voix chuchotée. Pas de bourdonnement. Pas de vertiges. Pas de nystagmus. Pas de suintement.

Formule d'audition :

	OD	OG opérée
Montre :	0 m. 50	contact
Perception crânienne :	12345	00000
Rinne :	+ 2 secondes	—
Weber :	latéralisé à gauche	

*
**

Obs. V. — D... Yvonne, âgée de 8 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée droite.

Opérée le 30 octobre 1923.

Lésions : enclume sans marteau. Sinus à nu non malade.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : 15 décembre 1923, suintement léger avec léger bourgeon.

22 décembre, oreille en très bon état, 27 janvier 1926, entend mieux qu'avant l'opération. Répond bien à la question posée à voix chuchotée à 0 m. 70. Pas de bourdonnement. Pas de vertiges. Pas de nystagmus.

Formule d'audition :

	OD opérée	OG
Montre :	0 m. 15	0 m. 50
Perception crânienne :	12345	12345
Rinne :	+	+
Weber :	latéralisé à droite	

*
**

Obs. VI. — F... Yvonne, âgée de 13 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée droite.

Opérée le 18 décembre 1923.

Lésions : rien de particulier.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : Oreille en bon état mais à surveiller la cavité qui a tendance à se rétrécir.

Actuellement elle entend mieux qu'avant l'opération, même à la voix chuchotée.

Plus de vertiges. Pas de bourdonnement.

Pas de nystagmus. Pas de suintement.

Formule d'audition :

	OD opérée	OG
Montre :	0 m. 10	0 m. 30
Perception crânienne :	12345	12345
Rinne :	—	—
Weber :	latéralisé à droite	

*
**

Obs. VII. — R..., Marthe, âgée de 14 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne suppurée double. Perforation petite et postérieure à droite. Large perforation à gauche.

Opérée le 27 octobre pour évidemment pétro-mastôidien gauche.

Lésions : rien de particulier.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : petit bourgeon à la partie postérieure enlevé au chlorure de zinc à 1/10. Actuellement, elle entend mieux qu'avant l'opération, même à la voix chuchotée. Cérumen à l'oreille opérée. Pas de vertiges. Pas de bourdonnements. Pas de nystagnus.

Formule d'audition :

OD OG opérée

Montre : 0 m. 50 contact

Perception crânienne : 12345 10040

Rinne : — —

Weber : latéralisé à droite.

*
**

Obs. VIII. — G..., Pierre, âgé de 15 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche.

Opéré le 24 novembre 1925.

Lésions : antre plein de cholestéatome. Pas d'osselets.

Pansements : à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : entend mieux qu'avant l'opération même à voix chuchotée. Bourdonnements de temps en temps sous forme de sifflement. Pas de vertiges. Pas de nystagmus. Léger écoulement intermittent.

Formule d'audition :

OD OG opérée

Montre : 0 m. 50 0 m. 30

Perception crânienne : 12345 12345

Rinne : + —

Weber : latéralisé à droite.

*
**

Obs. IV. — C., Madeleine, âgée de 10 ans.

Diagnostic : vieille otorrhée chronique moyenne suppurée droite.

Opérée le 6 juillet 1923.

Lésions : plus d'osselets, mais fongosités abondantes. Après avoir enlevé les parties osseuses atteintes, le sinus et les méninges sont à découvert.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats : 27 janvier 1926 : un peu de pus et un bourgeon du massif facial. Cette rechute est insignifiante mais elle est due à une insuffisance de surveillance post-opératoire car la malade n'est plus revenue nous voir depuis 8 mois.

Formule d'audition :

	OD opérée	OG
	—	—
Montre :	contact	0 m. 50
Perception crânienne :	12345	12345
Rinne :	—	+
Weber :	latéralisé à gauche	

*
**

Obs. X. — B..., Marcelle, âgée de 14 ans.

Diagnostic : otorrhée chronique moyenne, suppurée gauche.

Opérée le 17 février 1925.

Lésions : rien de particulier sauf le sinus à nu.

Résultats : n'entend pas de l'oreille opérée.

Douleur sous forme de tiraillement vers l'occiput occasionnant l'insomnie. Vertiges légers. Pas de nystagmus. Bourgeonnement péritubaire entretenant un peu de suintement.

Formule d'audition :

	OD	OG opérée
	—	—
Montre :	1 mètr.	0 m. 10
Perception crânienne :	12345	12345
Rinne :	+5 secondes	—
Weber :	latéralisé à gauche	

Obs. XI. — A..., Marcel, âgée de 17 ans.

Diagnostic : otorrhée suppurée chronique double depuis 8 ans.

Perforation très large des 2 tympans avec écoulement abondant.

Opérée le 14 février 1922 à gauche.

Lésions : méninges à nu.

Marteau et enclume détruits.

Pansements à la mèche au vioforme, puis à l'ambrine.

Résultats, 22 mars 1922 : Bon état. Cavité assez rétrécie. Léger bourgeonnement en arrière.

19 mai 1922. : Suintement léger. Cavité large avec, au fond de caisse, léger bourgeonnement. Attouchement au chlorure de zinc.

Depuis lors, ce malade a présenté un léger suintement de la cavité de la caisse sans bourgeonnement résistant à toute cautérisation et dû vraisemblablement à une irritation d'origine tubaire.

CONCLUSIONS

I. — L'évidement pétro-mastoïdien total a des indications d'urgence chaque fois qu'une otite suppurée chronique se réchauffe ou donne lieu à des complications méningées, encéphaliques, sinusiennes ou faciales.

Il nous paraît également indiqué toutes les fois qu'une otorrhée chronique, même bien compensée, résiste aux traitements médicaux et, à plus forte raison, aux interventions par voie canaliculaire telle que l'ablation des osselets. En particulier l'otorrhée fétide avec ostéite manifeste, avec cholestéatome doit être traitée par évidement pétro-mastoïdien; nous pensons que ce traitement doit s'appliquer aux otorrhées muqueuses rebelles dont on ignore toujours le degré réel de gravité.

II. — L'intervention sera l'évidement classique avec fermeture primitive rétro-auriculaire et les pansements seront faits d'abord à la mèche au vioforme pendant une huitaine de jours et ensuite à l'ambrine.

III. — Les résultats de cette intervention sont très satisfaisants :

a) Opératoirement, grâce à l'ambrine, on peut escompter la guérison en quelques semaines, à condition de considérer une oreille évidée comme un organe amoindri ayant besoin d'une surveillance intermittente. Le suintement léger qui apparaît de temps à autre ne

peut être considéré comme une récédive; il est plutôt fonction d'une irritation à point de départ tubaire.

b) Plastiquement, la déformation est inexistante, si on fait la suture primitive et si on a pris soin de respecter la plus grande partie de la conque.

c) Fonctionnellement, on ne peut promettre une amélioration certaine, mais le plus souvent l'audition est augmentée, surtout si on se rend compte que la suppuration pour laquelle on a opéré l'avait déjà rendue très mauvaise.

Même chez l'enfant, les résultats sont bons et on peut dire que, d'une façon générale, une oreille évidée entend: on peut d'ailleurs l'y aider par un tympan artificiel.

Vu :

Le Doyen, *Le Président de la Thèse,*
H. ROGER. Pierre SEBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS (*Thèse de Paris*, 1894).
Otites chroniques suppurées moyennes. Leur traitement
chirurgical.
- BALLENGER (*In laryngoscope*. Oct. 1898).
Indications du traitement de l'otite moyenne chronique.
- BARKAN (*Pacific record. of. med. and. surg.*, n° 10, mai 1898).
(*In laryngoscope*, août 1898).
Opération mastoïdienne radicale.
- BERGMANN (*Dis. Chir. Beh. der. Hirn. Krankheiten*. Edit. III,
p. 552).
(*Berlin. Klin. Woch.* N° 7. 18 février 1885).
- BEZOLD (*Arch. für Ohrenh.* Bd. XV, p. 1).
Deutsch med. Wochenschrift, n° 8).
Traitement de l'otorrhée par la poudre d'acide borique.
- BONCOUR Paul (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1913. T. II.
pp. 233-253).
Evidement pétro-mastoïdien partiel.
- BOLEY (*Arch. intern. de laryngol.* Par. 1909, p. 425).
Traitement radical des otorrhées chroniques avec con-
servation des osselets.
- (*Arch. inter. de laryngol.* Par. 1910, p. 420).
Evidement conservateur de l'oreille dans les otorrhées
chroniques.
- (*Arch. intern. de laryng.* 1912, p. 375).
Plastique dans la radicale de l'oreille.
- BOURBON (*Thèse de Paris*. Février 1910).
Nouveau traitement d'évidé.
- BOURGEOIS H. (*Progrès médical*. Par. Septembre 1912.).
Traitement des otorrhées suppurées.
- BRINDEL (*J. de méd. de Bordeaux*. N° 216. Octobre 1923, pp. 79-
84).
Traitement de l'otorrhée chronique chez l'enfant.
- BROCA et LUBET-BARBON. — Suppurations de l'apophyse mastoïde
et leur traitement.

BROCA et MAUBRAC. — Traité de chirurgie antrale (*Bull. Soc. chir. Paris* 1896. XXII, pp. 177-179).

Fistule mastoïdienne guérie par la trépanation de l'apophyse et de la caisse.

CABOCHÉ (*Ann. des mal. de l'oreille et larynx*. T. II, p. 15, 1904).

Sur le traitement post-opératoire de l'évidement péto-mastoïdien.

CASTELLANI (*Arch. intern. de laryng.* Par. 1924, pp. 173-180).

Evidement partiel. Résultats des antro-atticotomies partielles.

CHATELAIN (*Thèse de Paris*, n° 323, 1909. T. VIII).

Contribution à l'étude des méthodes autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée.

COLLINET (*Thèse de Paris*, 1896).

Suppuration consécutive aux affections de l'oreille moyenne, de la mastoïde et du rocher.

DAGUET-MAURICE (*Thèse de Paris*, 1908, 25 mars).

Technique et indications des procédés autoplastiques dans l'évidement péto-mastoïdien.

DAURE (de Béziers) (*Revue de laryng.* 31 décembre 1917).

(*Rev. de laryng.* 15 juillet 1921).

(*Rev. de laryng.* 31 octobre 1921).

De la cicatrisation rapide et régulière des évidés péto-mastoïdiens.

(Communiqué au Congrès intern. de O. R. L. Paris. Juillet, 1922).

(Communiqué au Congrès français, 1925).

(Communiqué à l'Académie de Médecine O. R. L. international, 19 mars 1918, n° 13).

(*Bulletin de l'Acad. méd.* CLXXX, n° 30).

DELOBEL (*J. des Sciences méd. de Lille*, 289-296. 91067. 1906. T.I.).

Pansement par l'acide borique des évidés péto-mastoïdiens.

DELSAUX V., de Bruxelles. (*Ann. des mal. de l'oreille*. Par. 1903. 293).

La résection de la paroi postérieure du conduit auditif membraneux et le pansement sans tamponnement après les opérations curatives de l'otorrhée chronique.

DE MONTVAL (*Rev. de laryng.* Par. 1923, pp. 401-411).

Pathologie et thérapeutique de l'embouchure tubo-tympanique dans la cure radicale de l'otorrhée.

- DENCH (E.-B.). (*Ann. des mal. de l'oreille. Par. 1923, 972*).
Opération radicale dans l'otite moyenne suppurée chronique.
(*Laryngoscope Saint-Louis, 1923, pp. 241-249*).
The radical operation in chronic suppurative otitis media.
(*Rev. de laryng., 1908, 7 mars*).
- DUVERGER (J. du Caire. 1^{er} février 1908).
(*Rev. de laryng. 1908, 7 mars*).
Quatre cas d'évidement pétro-mastoïdien pour lésions suppuratives chroniques de l'oreille moyenne et des cavités annexes avec sutures immédiate du pavillon (procédé de Moure).
- EEMANN de Gand (*Soc. belge de O. R. L., 1902*).
Acide borique.
(*Bull. de Soc. belge d'O. R. L., 7 année, 1902, p. 121*).
- ESCAT (*Revue de laryng. 91.487. Par. 1923*).
Pathologie et thérapeutique de l'embouchure tubo-tympanique dans la cure radicale de l'otorrhée.
- FERRERI G. (*Arch. intern. de laryng. 1908, 842*).
Technique opératoire de l'évidement de la caisse tympanique.
- FINZI (*Arch. italienne d'O. R. L., 1918, p. 10*).
L'uso dell' ambrina in otologia.
- FORSELLS (*Arch. für Ohrenh. XXXVI, 187*).
Contributions au traitement opératoire de l'otite moyenne chronique suppurée.
- FOURNIER (*Marseille méd. 1904, juillet, p. 340*).
Evidement pétro-mastoïdien.
(*Bull. de laryng. Par. 1913, pp. 129-138, avril*).
Modifications de technique dans l'évidement pétro-mastoïdien en vue d'une cicatrisation plus rapide.
- GARNAUT (P.) (*Précis des mal. de l'oreille. Par.*).
GARNAUT et MENIÈRE (E.) (*Manuel d'oto. clin., Paris*).
- GELLÉ (In *Traité de Thérapetique de Robin, Paris, 1897*).
Traitement de la suppuration chronique de l'oreille.
- GERBER-LEHR (*Monatschrift für Ohrenheil Kunde, 1904, n° 8, p. 363*).
- GRUNECK (*Arch. für Ohrenheilk. XXV, 1893*).
La méthode de Stacke, à Halle-sur-Saale, pendant la deuxième année de son application.

- HARMANN (*Thèse de Bordeaux*, 1906).
Procédé autoplastique dans la cure radicale de l'otorrhée.
- HARTMANN (*Berlin-Klin-Woch*, n° 321, 1889).
- HEIMANN, de Varsovie (*Ann. des mal. de l'oreille*. Par. 1900, 475).
(Congrès intern. sect. d'oct., 1900-1901, 196).
Indications du traitement chirurgical des otites moyennes suppurées chroniques.
- HERSCHELL, de Halle (*Arch. intern. de laryng.*, 1911, 31, p. 374).
Opération radicale de l'oreille.
- HEYNINX (*Arch. intern. de laryng.* Par. 1906, p. 185. T. I).
Suppression des pansements intra-auriculaires après l'évidement pétro-mastoïdien.
- JACQUES (J. 1900. Août. *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 432).
Cure radicale d'une otorrhée chronique compliquée par l'opération de Stacke, modifiée.
- JANICAUD (*Thèse de Bordeaux*, 1905-1906).
Traitement des otorrhées.
- LANNOIS (M.). (*Précis des mal. de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*. Doin, 1908).
- LAURENS (*Ann. des mal. de l'oreille*. Par. 1906).
(*Ann. des mal. de l'oreille*. Par. 1908).
Procédé autoplastique pour fermeture de l'orifice rétro-auriculaire persistant après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien.
(*Revue hebdomadaire de laryng.* Par. 1909, p. 490).
Sur la résection de l'opération du conduit auditif membraneux au début de l'opération dans 25 cas d'évidement pétro-mastoïdien.
- LAVRAND (*J. des Sciences méd. de Lille*. Juillet 1900).
Le pronostic des otorrhées.
- LERMOYER-BOULAY-HAUTANT (*Traité des affections de l'oreille*. T. I. XXX, pp. 519-658-649).
- LERMOYER-MAKU (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 3 mai, 1901. T. I, p. 501).
- LERMOYER-BOULAY (*Traité des Thérapeutiques des mal. de l'oreille*, p. 133).
- LIÉBAULT-MOURE-CANUYT (*Techn. chir. O. R. I.*, 1^{er} fascicule, p. 264).

LIÉBAULT (*Paris médical*, 6 septembre 1924).

L'évidement pétro-mastoïdien. Ses indications. Ses résultats.

(*Rev. de laryng.* 15 juillet 1921.)

(Congrès intern. d'O. R. L., 1922, 30 octobre.)

(*Soc. de laryng.* Paris, 14 février 1924.)

Evidement pétro-mastoïdien pansé à l'ambrine.

LOMBARD (Et.) (*Thèse de Paris*, 1899).

Essai sur les indications de l'ouverture de l'apopyse mastoïde et des cavités de l'oreille moyenne dans les otites moyennes suppurées chroniques.

LUMIÈRE. « Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées », 1922.

LUC. « Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des fosses nasales et leurs complications intracrâniennes », p. 201.

(*Bull. d'O. R. L.* Septembre 1911, p. 167). ,

Evidement partiel avec conservation de la membrane du tympan.

(*Soc. de laryng. d'O. R. L.* Avril 1908.)

Application comparative des méthodes d'Esmann et de Roy chez un même malade évidé des deux oreilles.

(*Arch. intern. de laryng.* Par. 1894.)

(*Soc. franç. d'otol.* Mai 1894.)

Ouverture large des cavités de l'oreille moyenne comme moyen curatif de certaines otorrhées rebelles.

LUND (R.) (*Acto oto-laryng.* Stockholm. V. 257, 1923).

Quelques essais de pratiquer l'opération radicale de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïdienne avec la modification décrite par Båråny.

MACKIEWICZ (*Ann. des mal. de l'oreille.* Par. 1906).

Procédé facile pour élargir le méat auditif en cas d'évidement pétro-mastoïdien.

MAHU (*Ann. des mal. de l'oreille.* Par. 1902, pp. 527-545).

Pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien.

(Communiqué à la *Soc. franç. d'O. R. L.* Par. Mai 1902.)

Pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien.

(*Ann. des mal. de l'oreille.* Par. Oct. 1902. T. XXVIII.)

Procidences combinées du sinus et de la dure-mère rendant impossible la trépanation mastoïdienne.

(*Ann. des mal. de l'oreille.* Paris. Décembre 1915, p. 745.)

Ce que deviennent les évidés.

- MALHERBE (*Thèse de Paris*, 1894-95).
Suppuration de l'oreille moyenne.
Evidement pétro-mastoïdien.
- MARTIN (Adolphe) (*Thèse de Paris*, 1882-83).
Essai sur le traitement de l'otite moyenne suppurée.
- MENIÈRE (E.) (Congrès intern. d'otol., 1880).
(*Rev. hebd. de laryng.* Bordeaux, 1880.)
Traitement de l'otorrhée purulente.
- MIGNON (A.). « Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement. » Par. 1898.
- MIOT (*Rev. de laryng.* Par. 1893. Novembre, p. 638).
Traitement chirurgical de l'otorrhée.
(XIII^e Congrès intern. de méd. sect. d'otol. Par. 1900, p. 222).
Des considérations sur l'otite moyenne sèche.
- MINK (P.-J.) (*Ann. des mal. de l'oreille.* Par. 1901, XXVII, pp. 43-294).
Contributions au traitement des otorrhées chroniques par voies naturelles.
- MOERS et ZANOTTI (*Rev. de laryng.*, n° 16, 31 août 1925).
- MOOS « De l'otite moyenne suppurée chronique », 27 fév. 1897.
- MOURE (E.-J.), de Bordeaux (*Rev. de laryng.* T. I, n° 18, p. 513, 1897).
(*Gaz. des Hôp.* Paris, 1914. Février, p. 309.)
Autoplastie opératoire.
(*Rev. de laryng.*, 1907.)
Autoplastie.
De l'extraction des osselets dans l'otorrhée. 12 pages. Paris. O. Doin.
De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes. Féret. Bordeaux.
De la réunion immédiate du pavillon de l'oreille après la cure radicale de l'otorrhée. Féret. Bordeaux.
Article « Oreille » in *Traité de Pathologie infantile*, de Grancher et Comby. T. V.
(*J. de méd. de Bordeaux*, 11 février.)
Traitement de l'otite moyenne purulente chronique.
- MOURE-LIÉBAULT-CANUYT (*Techn. chir. d'O. R. L.*, 1^{er} fascicule).
- MOURET (*Rev. de laryng.*, n° 32. 11 août 1904, p. 145).
Réflexions sur l'évidement pétro-mastoïdien.

O'KOUNEFF, de Saint-Pétersbourg (*Arch. inter. de laryng.* Par. 1907, p. 707).

(*Soc. d'O. R. L.* de St-Pétersbourg, 10 mars 1906 et 27 octobre 1907.)

Procédé plastique de O'Kouneff.

PANSE (*Arch. für Ohrenheilkunde*, 189. T. XXXVIII. Fasc. 4, p. 248).

PHILLIPS I.W.-C.) (*Méd. Rec.* N. Y. 1922, ci 85).

PIGÉ (G.) (*Thèse de Paris*, 1908. T. XXXI).

Des autoplasties pour la fermeture d'un orifice cicatriciel rétro-auriculaire persistant après la guérison.

POLI (C.) (*Compte rendu du XIII Congrès intern. de Méd.*, sect. d'otol. de Paris, 1900, pp. 351-353).

Indications et résultats de 40 opérations radicales dans otites moyennes purulentes chroniques.

(XIII^e Congrès intern. de méd., sect. d'otol. Paris 1901.)

POLITZER et HAMMERSCHLAG (*Lehrbuch der Ohrenheilk.*, 1901).

REVERCHON et WORMS (*Soc. de méd. militaire franç.* 15 mai 1924.)

(*Bull. et Mém. Soc. franç. d'O. R. L.* Congrès 1923.)

La Radiographie en O. R. L. Sinus et mastoïde.

ROBERT (*Lyon Chirurg.*, 1917).

ROY (J.-N.) (*Ann. des mal. de l'oreille* 1907. T. II, Paris. Mai 1907, p. 612).

(Congrès franç. d'O. R. L. 1907. Mai.)

(Canadian méd. Association. J. N. Montréal.)

L'huile de vaseline dans le pansement de l'évidement pétro-mastoïdien.

(*J. de méd. et de chir. de Montréal.* Oct. 1907.)

Vaseline oil in the dressing of the radical mastoid operation.

(*The journal of laryngology. Rhinology and Otology.* Londres. Aug. Nov. 1907.)

(*The laryngoscope*, St-Louis, Etats-Unis. Octobre 1907.)

Zur machbehandlung der mastoi-opération mit vaselinoë.

(*Internationales zentralblatt für Ohrenheilkunde.* Leipzig. Avril 1908.)

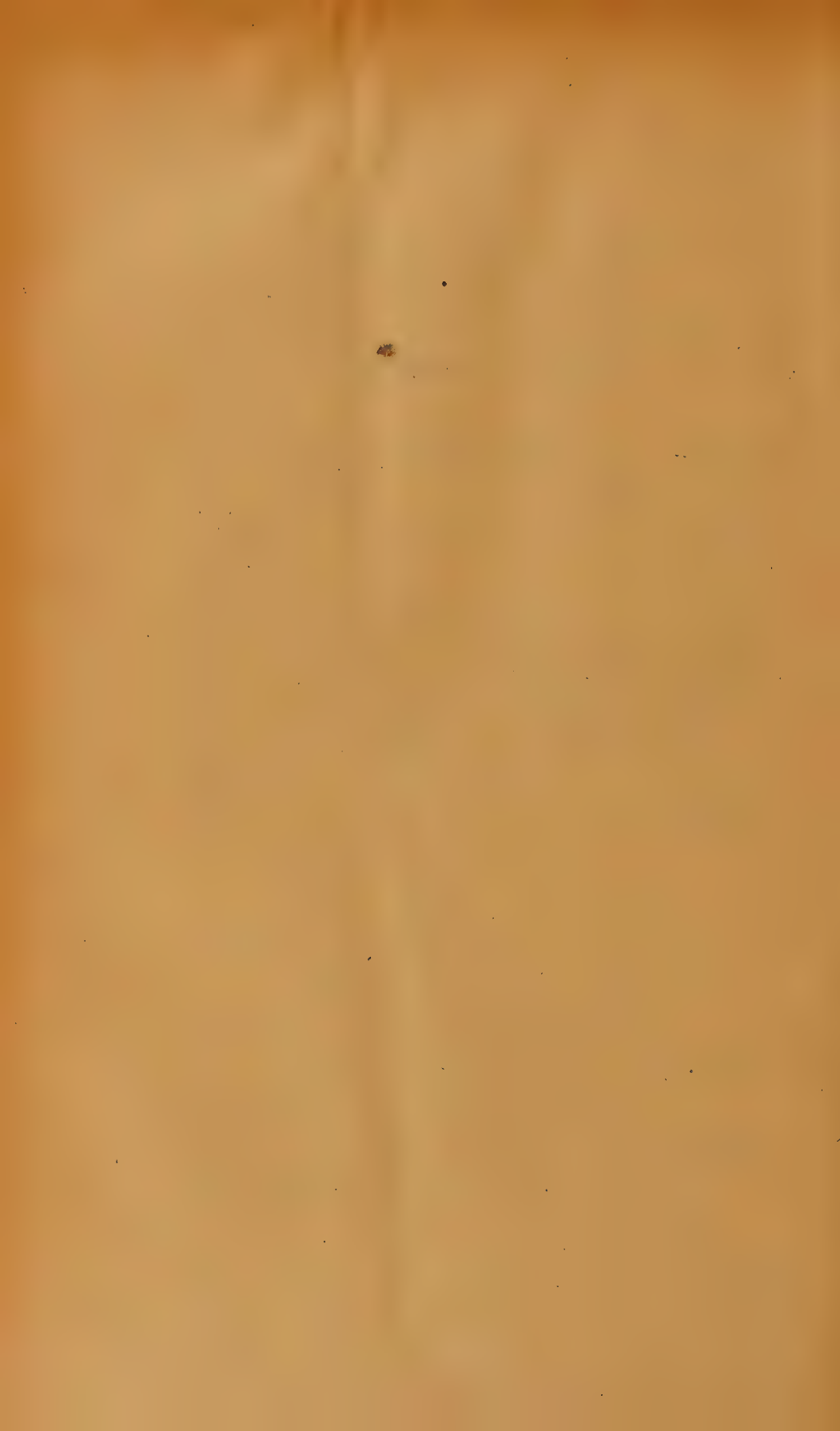
(*Ann. des mal. du larynx.* Par. 1910. XXXVI, pt 1, 320-326.)

Pansement humide dans l'évidement pétro-mastoïdien, mise au point de la question.

- ROY (L.-G.). Quelques considérations au traitement des otites moyennes chroniques fongueuses.
(*Rsv. méd.* Paris, 1904, pp. 702-705.)
- SCHOENEMANN, de Berne (*Arch. intern. de laryng.*, 1922, p. 300.)
Considérations nouvelles sur le traitement de l'otorrhée et sur celui de la surdité de l'oreille moyenne consécutive à l'otite sèche.
1885, p. 335.)
- SCHWARTZE (*Lehrbuch der Chirurschenkrankheiten des Ohres*,
SÉGURA (E.-V.) (Congrès méd. 1915. Paris).
(Congrès méd. 1913. London, sect. XVI, otol. pt 2, 555-562.)
De quelques remarques sur les pansements des évidés.
- SIEBENMANN (*Zeitschrift für ohrenheilkunde Band*, XXXIII,
p. 185).
- SIGNEURIN (*Soc. franç. d'O. R. L.*, 1924).
- SOURDILLE (Maurice) (*Thèse de Paris*, 1917).
Evidement partiel. Trépanation mastoïdienne élargie et atticotomie trans-mastoïdienne.
- STACKE (Congrès de Berlin, sect. d'otol., 5 août 1890. *Intern. Klin.*, annosch an 21 décembre 1890).
(*Berlin Klin Woch.*, n° 16. 22 avril 1889.)
(*Arch. für Ohrenheilkunde*, vol. XXXI, p. 210.)
(*Berlin Klin Woch.*, 1892, n° 4.)
- STAURENGHI (A.), de Milan. (Congrès de la *Soc. italienne d'O.R.L.* Turin. Oct. 1908).
- SUAREZ DE MENDOZA, de Paris (*Arch. de méd. et de chir. Par.* 1901, pp. 309-331-367).
Nouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture partielle et total des cavités de l'oreille moyenne.
- TALPAIN (*Rev. de larynz. Par.*, 1922).
Contribution à l'étude du traitement des otorrhées chroniques par le liquide de Dakin.
- THÉBAUD (Fréd.) (Thèse de Bordeaux, 1906. Avril).
Des différents procédés d'ouverture de l'oreille moyenne dans le traitement de l'otorrhée.
- TILLET (*Journal of laryngology.* Mai, 1919).
- VIDAL (Léon), de Montpellier (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1906).
De la douleur dans les pansements à l'acide borique chez les évidés.
- WEISMANN (Eugène) (Thèse de Paris, n° 204).
Résultats de Stacke,

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Définition et historique	15
Indications	19
Technique opératoire.....	25
Pansements	27
Résultats de l'évidement.....	33
I. Résultats opératoires	33
II. Résultats plastiques	38
III. Résultats fonctionnels.....	39
Observations	44
Conclusions	59



LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
